LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Mouvements et déplacemenls des reins pendant la période de la digestion, et en correspondance avec les mouvements de l'estomac, par le Dr Bianchi, 678. — **Bibliographie** : Traité de chirurgie clinique et opératoire, par les Drs Le Dentu et Delbet, 679. — **Académie des sciences** : *Séance du 5 octobre.* — Présidence de M. Chatin, 679. — Sur les infections provoquées par les bacilles du groupe « Proteus » et sur les propriétés agglutinantes du sérum dans ses infections, 679. — La grotte de la Mouthe, 681. — Sérothérapie antistaphylo coccique 682. — **Académie de médecine** : *Séance du 13 octobre.* — Présidence de M. Hervieux, 683. — L'alcoolisme chez l'enfant. Son influence sur la croissance, 683. — Rapport de prix, 685. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 9 octobre.* — Présidence de M. d'Heilly, 685. — Recherches sur les propriétés agglutinante et bactéricide du sérum des convalescents de fièvre typhoïde, 685. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 19 octobre.* — Présidence de M. Ladreit de La harrière, 686. — De la percussion du cœur dans le dos, 686. — Mouvements et déplacements des reins pendant la période de la digestion, et en correspondance avec les mouvements de l'estomac, 687 — **Société de chirurgie** : *Séance du 7 octobre.* — Présidence de M. Ch. Monod, 688. — *Séance du 14 octobre.* — Présidence de M. Ch. Monod, 688. — Tarsectomie postérieure, 688. — Rétrécissemen du rectum et dilatation, 688. — **Variétés** : Hospices et maisons d retraite, 689. — **Nouvelles**, 690.

CLINIQUE MÉDICALE

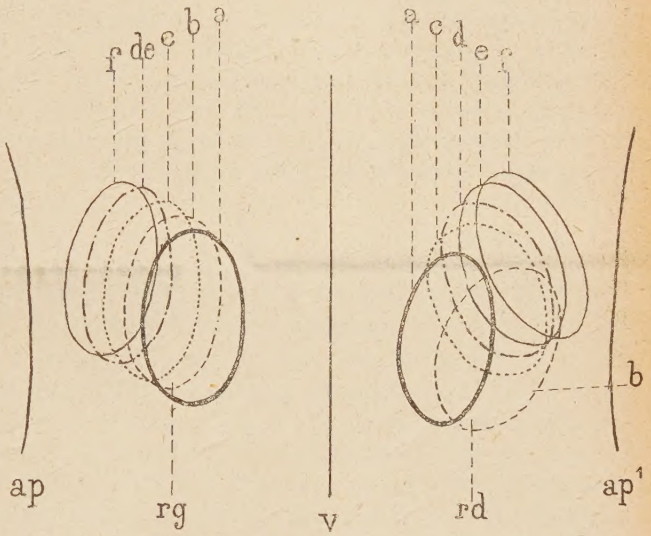
Mouvements et déplacements des reins pendant la période de la digestion, et en correspondance avec les mouvements de l'estomac.

Par M. le Dr Bianchi.

L'étude du mouvement des reins, grâce à l'auscultation unie à la percussion, fut commencée par moi, il y a douze ans, et la première publication sur ce sujet parut dans un journal de Naples (*Sur les mouvements respiratoires des reins. Riforma medica* 1885). Cette année j'ai fait de nouvelles études dans le laboratoire de physiologie du professeur Marey pour rechercher par la phonendoscopie quelques points obscurs de la physiologie de la digestion. avec le docteur Charles Comte. En cette occasion, nous avons constaté de nouveau les mouvements des reins pendant la digestion, et c'est sur ce sujet que je vous entretiendrai aujourd'hui en vous démontrant la chose avec des planches schématiques.

Les expériences ont toujours été faites dans les mêmes conditions sur des sujets jeunes. Nous avons pris le tracé de la projection des organes obtenu par la phonendoscopie, avant l'ingestion des aliments, immédiatement après, et ensuite toutes les demi-heures.

Les organes du corps sont toujours déplacés par deux principales fonctions, la respiration et la digestion. La modalité du déplacement varie beaucoup selon l'action de l'une ou de l'autre fonction.



Déplacements des reins pendant la digestion stomacale sur un jeune homme de 20 ans.

rg. rein gauche — *rd.* rein droit.
ap.-ap'. ligne axillaire postérieure.
v. ligne vertébrale.
a. projection des reins à jeun.
b, « après l'ingestion de la nourriture.
c. « demi-heure après.
d. « «
e. « «
f. « «

Il faut considérer les déplacements selon le temps de production, selon l'intensité et selon la direction du mouvement.

Selon le temps, les déplacements par la respiration sont toujours rythmiques et réguliers; les déplacements par la digestion ont lieu seulement pendant l'évolution de cette fonction et sont très irréguliers.

Selon l'intensité, les déplacements par la respiration sont bien limités, et leur importance dépend essentiellement du déplacement même de l'organe respiratoire ; en d'autres termes, si une partie du poumon respirait moins bien ou ne respirait pas, les mouvements des organes seraient directement en rapport avec le fonctionnement du poumon même. Les déplacements par la digestion ont leur centre dans l'organe central de la digestion, l'estomac. L'intensité varie beaucoup, elle peut être très importante, et l'est toujours beaucoup plus que dans la fonction respiratoire.

Selon la direction du déplacement en général, nous pourrions dire que la respiration donne un déplacement des organes en bas et suivant une direction perpendiculaire au plan du diaphragme. La digestion produit au contraire des mouvements divers selon le temps. Par la digestion stomacale, nous avons un déplacement de tous les organes environnant l'estomac, variant beaucoup selon son contenu liquide et gazeux, ou seulement liquide ; par la digestion intestinale, nous avons également un déplacement des organes en rapport avec l'intestin même, mais ce déplacement, moins important que l'autre, reste presque toujours vertical et en haut. On dirait que l'action des intestins fait reprendre sa place aux organes déplacés par la digestion stomacale.

Je ne parlerai pas ici des déplacements des organes par la respiration, que j'ai déjà étudiés et publiés ; je ne vous parlerai que des déplacements produits par la digestion stomacale. Il est inutile de vous rappeler que l'estomac est lié par le pylore au foie, par le cardia au diaphragme, et par un ligament à la rate, et qu'il repose par sa courbature inférieure sur les intestins grêles et sur la partie gauche du colon transverse. Il s'ensuit que les organes qui sont directement déplacés par l'estomac sont le foie, la rate, le diaphragme à gauche, l'intestin grêle et la partie gauche du colon transverse. Mais indirectement, d'autres organes sont aussi déplacés : le poumon et le cœur, par le fait du déplacement du diaphragme ; les reins, liés au foie et à la rate, subissent aussi un déplacement plus ou moins important, mais toujours bien affirmé.

Je crois que ce déplacement n'a jamais été décrit ; mais il existe cependant, et de plus il est très important et variable suivant le moment de la digestion et suivant le côté où on l'observe.

Le rein droit, logé au-dessous du foie, dans une excavation de l'organe même, subit tous les déplacements du foie directement et presque complètement.

Le rein gauche, lié seulement à la partie postérieure de la rate, suit les déplacements de cet organe.

Voyons les résultats de ces déplacements, au point de vue physiologique.

Lorsque dans l'estomac, presque vide et contenant seulement un peu de gaz, on introduit des aliments liquides ou solides, cet organe descend en allongeant son diamètre longitudinal et cet allongement est en rapport direct avec la quantité d'aliments introduits.

Au même moment, le cardia abaisse la courbure du diaphragme, le pylore déplace le foie en bas et à gauche, la rate se trouve un peu plus bas, le colon transverse s'abaisse également vers la gauche.

Alors le rein droit se trouve plus bas en se rapprochant de la ligne axillaire postérieure, le rein gauche au contraire se trouve soulevé, mais transporté aussi vers la ligne axillaire postérieure. A mesure que l'estomac produit son déplacement graduel et progressif en haut et à droite, vers la ligne axillaire antérieure, le foie et la rate sont transportés en haut. En même temps le rein droit tourne lentement sa voûte en haut, avec une obliquité de son axe longitudinal allant de la ligne axillaire postérieure vers la vertébrale. Le rein gauche continue son déplacement en haut vers la ligne axillaire postérieure, son axe longitudinal est en haut moins éloigné de la ligne vertébrale que l'axe du rein droit.

Ces déplacements sont assez importants : pour le rein droit la migration peut être de trois centimètres vers la ligne axillaire, et de trois ou quatre centimètres vers le haut ; pour le rein gauche, le déplacement est un peu moins considérable, il atteint un peu moins de trois centimètres vers la ligne axillaire, et deux ou trois centimètres en haut.

Par ces mouvements, un rein droit, ayant une projection phonendoscopique de neuf centimètres dans son diamètre vertical, et de sept centimètres dans son diamètre transversal, couvre une surface de quatorze centimètres de hauteur et dix centimètres de largeur. Un rein gauche ayant un diamètre vertical de neuf centimètres, et un diamètre transversal de six centimètres et demi, couvre une surface de douze centimètres en hauteur, et neuf centimètres en largeur.

La direction du mouvement est simplement ellipsoïdale pour le rein gauche, elle est d'abord rectiligne puis ellipsoïdale pour le rein droit.

Le déplacement de la partie inférieure est presque le double de celui de la partie supérieure. De même le déplacement du rein droit est sensiblement deux fois plus grand que celui du rein gauche.

Lorsque l'estomac se vide de son contenu liquide et gazeux, tous les organes reprennent leur position initiale, les reins suivent le mouvement et reprennent leur place primitive en complétant leur mouvement ellipsoïdal.

J'ai voulu simplement aujourd'hui vous signaler cet important fait de la physiologie de la digestion que j'ai reconnu au moyen de la phonendoscopie ; je crois devoir en fixer la date, comme je l'ai fait il y a douze ans en publiant mon étude sur les mouvements respiratoires des reins.

Mon œuvre serait bien imparfaite, si elle restait à l'état de simple découverte de laboratoire, et j'ai le ferme espoir que les travaux ultérieurs de mes confrères sauront l'éclaircir et la parfaire en lui donnant des résultats scientifiques et pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie clinique et opératoire, par MM. Le Dentu et Delbet. T. III. J.-B. Baillière, édit. Paris 1896.

Le traité de chirurgie publié sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet continue sa marche triomphale. Le troisième volume qui vient de paraître doit s'avancer de pair avec ceux qui l'ont précédé. Il est difficile de trouver une série d'articles plus complètement et plus exactement étudiés. C'est mal les juger que de leur donner le nom d'articles, on devrait les appeler de véritables volumes. L'histoire des traumatismes articulaires par M. Cahier forme 323 pages, n'est-ce pas un gros volume? Nous y trouvons l'entorse, les plaies articulaires et l'histoire des luxations.

Nous avons vu avec plaisir supprimer l'inévitable chapitre des luxations en général où se trouvaient amassés tous les lieux communs plus ou moins démodés qui permettaient d'allonger bien inutilement l'étude déjà si longue des luxations, où l'on trouvait les méthodes de Celse et les procédés d'Ambroise Paré, sans compter nombre d'autres beaucoup plus inconnus encore, ce qui fait que je ne les connais plus. Aussi, M. Cahier a-t-il pu étudier avec tous les détails qu'ils comportent et les conseils qu'ils entraînent, les symptômes et les caractères de chaque luxation en particulier. Il a bien montré les manœuvres indiquées par chaque luxation et combien peu une étude générale serait possible au milieu de cette diversité d'indications résultant de la structure anatomique ou des modifications pathologiques de chaque articulation.

C'est à M. Mauclaire que revenait de droit l'étude des maladies inflammatoires des articulations qu'il divise en maladies amicrobiennes et microbiennes, comme il l'avait déjà fait dans le petit manuel qu'il a publié il y a un an. — M. Chipault s'est chargé dans ce chapitre des arthropathies nerveuses, arthrites sèches et corps étrangers articulaires, toutes questions avec lesquelles ses études antérieures l'ont rendu familier.

Les arthrites tuberculeuses sont échues tout naturellement à M. Michel Gangolphe de Lyon, ce vaste champ d'études des ostéo-arthrites tuberculeuses et auquel M. Gangolphe a du reste témoigné sa reconnaissance pour tous les documents qu'il lui a dus.

Enfin M. Lyot a eu comme lot les maladies des muscles, des tendons, des aponévroses, des synoviales tendineuses et des bourses séreuses. Il s'en est tiré avec gloire. Mais il n'a pas de chance, M. Lyot, et les sujets qui lui sont échus me paraissent peu prêter à des développements d'un énorme intérêt. Il est vrai qu'il sait les rendre intéressants, il n'en a que plus de mérite et que sera ce quand il aura un sujet digne de sa valeur et en rapport avec son talent.

On le voit, le choix des auteurs seul indique avec quel soin est dirigé le traité de chirurgie pratique et nous ne pouvons douter qu'il continuera à tenir les promesses qui nous sont données par les trois premiers volumes.

E. Verchère.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 octobre. — Présidence de M. A. Chatin.

Sur les infections provoquées par les bacilles du groupe « Proteus » et sur les propriétés agglutinantes du sérum dans ses infections. — MM. Lannelongue et Achard. Sous le nom de *Proteus*, les bactériologistes ont décrit des types microbiens nombreux et divers, qui forment un groupe assez mal délimité et auxquels on tend de plus en plus à attribuer un rôle en pathologie. Nous avons observé quelques faits cliniques dans lesquels des bacilles offrant les caractères du *Proteus vulgaris* nous ont paru avoir pris part manifestement au processus morbide. Ces organismes se trouvaient deux fois dans les lésions d'une méningite putride, consécutive à des escarres sacrées chez des malades atteints de mal de Pott; ils y étaient associés au streptocoque. Deux autres fois, chez des enfants, ils existaient dans le pus fétide d'abcès mastoïdiens, associés chez l'un des malades à d'autres espèces.

Ces microbes étaient doués d'une assez grande virulence et nous avons pu reproduire expérimentalement avec eux des lésions extrêmement variées, au moyen de doses relativement faibles et ne dépassant pas celles qu'il est nécessaire d'employer lorsqu'on expérimente d'autres microbes dont l'action pathogène est incontestée, comme les staphylocoques et les coli-bacilles. Ainsi nous avons pu amener la mort des lapins en injectant dans le sang quatre gouttes de bouillon de culture. Parmi les lésions produites au moyen d'inoculations locales, nous citerons : les phlegmons gangréneux, la péritonite, la pleurésie, l'arthrite suppurée, l'ostéomyélite, la broncho-pneumonie, l'infection urinaire, la suppuration cérébro-méningée, enfin l'otite purulente, provoquée par l'inoculation dans la caisse du tympan et comparable quant aux lésions aux mastoïdites observées chez les malades.

Contrairement à ce qui arrive avec la plupart des autres microbes pathogènes habitant normalement l'organisme, et en particulier avec les staphylocoques et les streptocoques, ces bacilles, lorsqu'ils sont introduits dans le sang, ne déterminent que des lésions diffuses, imputables à l'action des produits toxiques, et point de lésions localisées, sous forme de foyers métastatiques, imputables à l'intervention des microbes eux-mêmes. Dans un seul cas nous avons observé une lésion métastatique, chez un lapin qui présenta,

après une inoculation intra-veineuse, une arthrite suppurée renfermant le *Proteus* à l'état de pureté ; mais ce lapin était atteint d'altérations des os, analogues au rachitisme, et peut-être cette débilité particulière du squelette avait-elle facilité le développement secondaire de ce foyer infectieux.

D'autre part, si l'on associe au *Proteus* le streptocoque ou le staphylocoque, on voit, après l'introduction simultanée de ces microbes dans la circulation, se former à la périphérie des lésions localisées (arthrites suppurées, abcès du rein), mais le *Proteus* y fait défaut et le microbe pyogène associé s'y rencontre seul. Inversement, si l'on pratique une inoculation locale à la périphérie, dans le genou par exemple, avec le *Proteus* associé au streptocoque ou au pneumocoque, il arrive que ces derniers passent seuls dans le sang, mais le *Proteus* n'y pénètre pas, il reste dans la lésion locale, où il ne tarde pas à subsister seul.

Il ne faudrait pas croire, en cherchant à interpréter ces faits, que le sang constitue pour le *Proteus* un mauvais milieu de culture : tout au contraire, ce bacille s'y développe fort bien *in vitro* en liquéfiant le caillot, d'autant plus vite que l'accès de l'air y est plus facile, et en dégageant de l'hydrogène sulfuré, sans modifier la réaction spectroscopique de l'oxyhémoglobine. Mais il est probable que dans le sang de l'animal vivant les bacilles, rapidement disséminés et mis en contact avec les phagocytes, disparaissent plus promptement que les autres microbes, parce que, comme l'ont fait voir les expériences de M. Bordet, les phagocytes absorbent plus facilement le *Proteus* que le streptocoque, lorsqu'on les met en présence d'un mélange de ces deux microbes.

Ces résultats expérimentaux s'accordent bien avec les enseignements tirés de l'observation chez l'homme. En effet, bien que les microbes appartenant au groupe *Proteus* fassent partie intégrante de la flore bactérienne du tube digestif, leur passage dans les tissus vivants n'est qu'assez rarement constaté. Après la mort même, pendant que se fait l'invasion des organes par les microbes intestinaux, ils se laissent généralement devancer par les staphylocoques. Chez l'homme vivant, lorsqu'on les trouve dans un foyer morbide, c'est surtout dans les tissus infectés déjà par d'autres espèces pathogènes, dans des escarres par exemple, ou bien dans une cavité séreuse ou muqueuse (péritoine, plèvre, cavités de l'oreille, voies urinaires, utérus), formant une sorte d'abri où ils échappent plus aisément que dans l'intimité même des tissus à l'action des moyens de défense de l'organisme et où ils peuvent, en se multipliant, donner naissance aux produits toxiques qui font le principal danger de cette infection.

Comme beaucoup d'autres microbes, ceux du groupe proteus subissent le phénomène curieux de l'agglutination lorsqu'on les met en contact avec le sérum d'animaux immunisés ou du moins ayant résisté quelque temps à l'infection. Cette réaction est plus marquée pour l'échantillon qui a servi à l'inoculation, c'est d'ailleurs ce qui a été noté aussi pour le vibrion cholérique. Souvent même, il arrive qu'elle se manifeste exclusivement pour ce dernier échantillon et non pour ceux d'autres provenances, offrant pourtant des caractères semblables de forme et de culture. Mais si l'on renforce, par des inoculations successives, la propriété agglutinante du sérum, on voit alors se produire aussi, dans les mêmes conditions, c'est-à-dire avec les mêmes proportions de sérum et de cultures, l'agglutination des autres échantillons.

On a proposé d'utiliser les propriétés agglutinantes du sérum pour faire le diagnostic des espèces microbiennes : par exemple, pour distinguer les vibrions cholériques de quelques autres vibrions analogues, et le bacille d'Eberth du coli-bacille. C'est ce que nous avons cherché à faire pour le *Proteus*. Il nous a paru qu'en effet le sérum accusait des différences entre certains types de bacilles très voisins par l'ensemble de leurs caractères et notamment par la propriété fondamentale que possède le *P. vulgaris* de faire de l'hydrogène sulfuré aux dépens des matières albuminoïdes. Nous avons vu deux types bacillaires de ce genre que l'épreuve du sérum sépare des autres échantillons : l'un provenait du foie d'un malade mort d'abcès hépatiques, l'autre d'une escarre développée sur un œdème cardiaque. Tous deux se distinguent d'ailleurs du *P. vulgaris* par quelques différences de cultures sur certains milieux. Par contre, le *P. mirabilis*, qui ne se différencie du *P. vulgaris* que par une plus grande lenteur à liquéfier la gélatine, se laisse agglutiner par le sérum qui possède déjà un pouvoir agglutinant marqué pour les divers échantillons du *P. vulgaris*.

Ajoutons aussi qu'on peut, en inoculant à un même animal des types bacillaires distincts, développer dans le sérum la propriété d'agglutiner à la fois ces divers types.

Cette propriété agglutinante apparaît en général le troisième et le quatrième jour après l'inoculation. Elle existe dans le sang, mais nous ne l'avons pas trouvée dans la bile et le contenu des vésicules séminales. Nous l'avons vue atténuée dans l'urine et d'une façon inconstante dans l'humeur aqueuse. Elle persiste après la mort et même pendant la putréfaction. D'autre part elle ne se produit pas dans le sang normal ensemencé avec du proteus. Elle ne se produit pas non plus chez l'animal qui a été infecté peu de temps seulement avant de mourir, que la mort ait été accidentelle ou déterminée par l'infection. On peut donc, lorsqu'on trouve le proteus dans les tissus, à l'autopsie d'un animal, s'assurer au moyen du sang, par la réaction agglutinante, que cet animal a été atteint de son vivant d'une infection protéo-bacillaire et qu'il ne s'agit pas simplement d'un envahissement cadavérique. Mais il faut faire cette restriction que, si l'épreuve du sérum reste négative, le proteus rencontré dans les tissus a pu s'y introduire pendant les deux derniers jours de la vie.

Peut-être aura-t-on l'occasion d'appliquer cette donnée à la pathologie humaine. Peut-être pourra-t-on, chez l'homme vivant, utiliser le sérum pour établir l'existence d'une infection protéo-bacillaire, suivant le procédé employé par M. Widal pour le diagnostic de la fièvre typhoïde. Mais il est vraisemblable que bien des infections de ce genre échapperont néanmoins, soit par ce qu'elles auront entraîné la mort avant l'apparition du phénomène, soit parce qu'elles n'auront produit leurs effets pathogènes que par l'intermédiaire des poisons sécrétés. Quelques recherches préliminaires que nous avons entreprises dans cette voie nous ont appris que chez l'homme sain, en général, le sérum est dépourvu de propriété agglutinante, bien qu'un sujet ayant toutes les apparences de la santé nous ait montré, par exception, cette propriété très marquée pour le proteus vulgaris. Chez plusieurs malades atteints d'affections ulcéreuses de l'intestin (fièvre typhoïde, cancer du rectum), nous ne

l'avons pas trouvée, mais elle existait cependant chez quelques autres.

La grotte de la Mouthe. M. E. Rivière. La grotte de La Mouthe, sur laquelle j'ai déjà eu l'honneur d'adresser plusieurs Notes à l'Académie (1), est située au hameau de ce] nom (Dordogne), à l'altitude de 193m, au sommet d'une colline boisée. Creusée dans le crétacé supérieur, elle s'ouvre par une baie, large de 10m, 95, au bord d'une sorte de cirque peu profond. Son orientation est E.-S.-E.

C'est le 2 septembre 1894 que j'ai découvert cette grotte, que son propriétaire croyait avoir vidée complètement, *quarante-neuf ans* auparavant, pour en faire une sorte de grange. Son contenu : dents, os et silex taillés, avait été, avec la terre les renfermant, répandu dans les champs d'alentour. C'est le 8 septembre que, en examinant l'intérieur de la grotte, j'ai reconnu l'existence d'un reste de foyer quaternaire, dans lequel quelques coups de pioche m'ont donné plusieurs dents de renne, des os brisés, des silex taillés et une coquille marine, percée d'un trou pour être portée comme bijou : *Nassa neritea.*

Enfin c'est au mois d'avril suivant (7 et 8 avril 1895) que l'exploration de ce foyer a mis tout à coup à découvert une petite ouverture démontrant que la grotte, loin de se terminer à une dizaine de mètres de l'entrée, comme on l'avait supposé d'abord, se prolongeait sur une très longue étendue par un couloir des plus étroits. Et c'est le 11 avril 1895 que, pour la première fois, ont été aperçus, à 77 m. de distance, les premiers des curieux dessins gravés sur ses parois. Depuis lors, je me suis rendu à quatre reprises différentes à la Mouthe, sous les auspices de l'Académie des sciences, qui a bien voulu m'en confier les recherches. Les résultats de ces quatre campagnes sont les suivants :

1° La grotte de la Mouthe était encore, à mon arrivée, à partir du point où l'ouverture, en forme de four, avait été découverte, était encore, dis-je, obturée presque jusqu'à la voûte, cette ouverture mesurant seulement 0 m. 37 dans sa plus grande hauteur et 0 m. 62 de largeur.

2° Une première coupe pratiquée à l'entrée m'a permis de constater que la grotte avait été habitée par l'homme à deux époques distinctes :

a. Aux temps néolithiques. La couche superficielle, en effet, est exclusivement formée par des foyers de cendres et de charbon renfermant, avec un certain nombre de silex taillés, des ossements d'animaux qui appartiennent à l'époque géologique actuelle, de nombreux fragments de poteries grossières, primitives, et des ossements humains.

b. A l'époque quaternaire, géologiquement parlant. En effet, la couche que je viens d'indiquer repose immédiatement sur une stalagmite qui la sépare nettement de foyers beaucoup plus anciens, comme le prouve la faune dont j'ai recueilli, dans ce second milieu, dès mes premières fouilles, un certain nombre de restes (*Ursus spelœus*, *Hyœna*, *Tarandus rangifer*, etc.). Dans cette couche, j'ai trouvé aussi de nombreux silex taillés, des instruments ou armes en os, quelques os gravés, des dents percées, etc., mais, ni poteries, bien entendu, ni, jusqu'à présent, d'ossements humains.

3° A une certaine distance de l'entrée, l'époque néolithique cesse complètement, laissant la stalagmite à nu ; par contre les foyers quaternaires persistent, mais en général moins riches qu'à l'entrée. Plus loin encore ce ne sont plus, à proprement parler, de véritables foyers, mais une couche d'argile plus ou moins pure, qui renferme çà et là, avec les restes de la même faune quaternaire, des silex taillés ; puis en certains points, de véritables accumulations de restes d'ours et de nombreux coprolithes d'hyène (1).

4° La grotte de la Mouthe a donc été, de par l'ensemble des objets recueillis, habitée par l'homme préhistorique à deux époques bien distinctes, mais elle a aussi été, à un moment donné, un véritable repaire d'ours, et l'hyène des cavernes y a également séjourné.

5° Des dessins gravés ont été aperçus pour la première fois, le 11 avril 1895, par mon correspondant de Tayac, G. Berthoumeyrou, qui, sur ma demande, avait pénétré dans la grotte aussi loin que l'étroitesse du passage le lui avai permis. Ces dessins ne sont pas apocryphes, mais aujourd'hui, après une minutieuse étude, ils ne paraissent pas laisser de doute sur leur ancienneté, quelques traits gravés étant recouverts par les dépôts stalagmitiques, ainsi que plusieurs savants l'ont constaté avec moi.

6° La tranchée que j'ai fait ouvrir sous mes yeux est aujourd'hui parvenue à 127 m. de l'entrée. De plus, j'ai constaté que l'on pouvait pénétrer au delà desdits 127 m., sur une nouvelle longueur de 70 m. environ, mais seulement en rampant sur le ventre, tant la stalagmite se rapproche de la voûte.

7° Sur plusieurs points de ce nouveau parcours, le marteau a mis à découvert des os et des dents soudés dans la stalagmite. Mais à cette distance de 197 m., le passage est tellement étroit qu'il est impossible de le franchir sans briser les stalactites qui l'obstruent, ce que je me propose de faire dans ma prochaine campagne, afin d'y poursuivre mes recherches.

8° Enfin j'ai remarqué encore, à quelques mètres de distance du point où la tranchée s'arrête, l'existence d'autres dessins gravés sur les parois de la grotte, mais je ne pourrai me rendre compte de ce qu'ils représentent que lorsque les fouilles seront plus avancées.

9° Quant aux dessins que j'ai pu étudier et qui sont la découverte la plus importante faite à La Mouthe, ils sont de deux ordres : les uns consistent en de simples gravures au trait, faites sur les parois mêmes de la grotte ; les autres en des gravures du même genre, mais dont certains traits ont été passés à l'ocre, revêtant ainsi une teinte rouge brun plus ou moins foncée ; enfin un troisième genre de dessins est plutôt une sorte de striage de la roche, colorié de la même manière, plutôt qu'une gravure véritable.

Les premiers et les seconds représentent uniquement des animaux Ils sont gravés en creux à même la roche, pour la plupart assez superficiellement, de sorte que l'estampage en est souvent fort difficicile. Cependant j'ai pu prendre ceux de deux animaux : un bison et un autre animal, dont le train de derrière semble être celui d'un bovidé, tandis que la tête, un peu fruste, paraît être celle d'un cheval à la crinière courte et hérissée. La photographie de ce dernier a pu être faite par un géologue de Périgueux, attaché à la Carte géologique de France, M. Charles Durand ; elle a été obtenue grâce à un éclairage intense (140 bougies environ) et à une pose de cinq heures. Dans une prochaine campagne, nous photographierons ainsi les autres dessins.

(1) Juin 1895, juillet 1895, août 1896.

(1) J'en ai trouvé actuellement une centaine, ainsi que plus de soixante mâchoires d'ours de tout âge et plusieurs centaines de dents de cet animal.

Je compte donner, dans une autre Note, la description des diverses gravures, et revenir sur la question de leur ancienneté. Je me propose de traiter enfin, dans une Note spéciale, de la faune de La Mouthe, me bornant à dire aujourd'hui qu'elle comprend des insectivores, des carnivores (ours, hyène, etc.), des rongeurs dont le castor; des pachydermes, des ruminants, dont le renne; des reptiles du genre rana, des oiseaux, quelques rares invertébrés terrestres et marins. Je dois signaler cependant une pièce rarement trouvée dans les cavernes quaternaires habitées par l'homme : un fragment de dent paraissant provenir d'un hippopotame.

Tels sont, brièvement résumés, les principaux résultats des fouilles que j'ai commencées au mois de juin 1895 et poursuivies depuis lors jusqu'à ce jour sous les auspices de l'Académie; j'espère les mener à bien jusqu'à leur terminaison, malgré le nombre d'années qu'elles exigeront par suite des dimensions considérables de la grotte.

J'ajouterai que, pendant le cours de mes recherches, j'ai découvert, outre le gisement de la Micoque, sur lequel j'ai présenté, le 24 août dernier, une note en collaboration avec M. Chauvet, j'ai découvert, dis-je, une nouvelle grotte magdalénienne dans le voisinage de celle de La Mouthe, où j'ai commencé aussi des fouilles, ainsi qu'une grotte, également nouvelle, au Moustier, avec un squelette humain.

Sérothérapie antistaphylococcique. — M. Capman. De l'étude expérimentale des staphylocoques, que je poursuis depuis un an dans le laboratoire du professeur Mairet, et dont je compte publier prochainement le détail, je crois pouvoir déjà tirer les conclusions suivantes, au point de vue de la sérothérapie contre ces microbes.

Les staphylocoques, ensemencés dans du bouillon de bœuf peptonisé à 1 0/0 et légèrement alcalin, et maintenus à l'étuve à 37° pendant quinze à vingt jours, en culture aérobie, donnent leur maximum de produits toxiques.

La virulence du microbe s'atténuant assez rapidement dans les cultures successives, il faut avoir soin de le régénérer de temps en temps en le faisant passer par l'animal le plus sensible. L'ordre décroissant de cette sensibilité est le suivant : lapin, cobaye, pigeon, chien.

Malgré un nombre très considérable de passages (j'en ai fait plus de cent cinquante en série continue), on ne peut pas arriver à obtenir avec les staphylocoques une virulence comparable à celle que possèdent, souvent d'emblée, d'autres microbes, tels que le bacille diphtérique, le streptocoque ou le bacille du tétanos. J'ai cependant expérimenté avec plusieurs races, recueillies en des foyers très divers, et mis en usage la plupart des moyens connus d'exalter la virulence des micro-organismes. J'ai vérifié, en particulier, l'action de diverses substances (glucose, maltose, lactose, acide lactique, peptone, etc.) additionnées à des milieux de culture très variés, et injectées de toute façon aux animaux. Il serait trop long d'exposer ici les résultats de ces recherches.

Quant à la préparation des toxines, après avoir essayé les divers procédés connus, filtration, chauffage, précipitation par les agents chimiques, j'ai donné la préférence à la filtration par la bougie Chamberland.

Il faut employer de ces toxines des doses relativement élevées pour tuer les animaux en vingt-quatre heures. Mais leurs effets toxiques se manifestent même pour des doses très petites et inoculées sous la peau; les lapins, en particulier, s'ils ne succombent pas à un empoisonnement aigu, ne tardent pas à mourir de cachexie.

On peut reproduire avec les toxines la plupart des manifestations morbides que provoquent les microbes : œdème, suppuration, nécrose, septicémie, cachexie. Faits intéressants que je me contente de signaler actuellement, mais que je compte développer plus tard, plusieurs de mes animaux, nés dans le laboratoire et n'ayant jamais reçu autre chose que de la toxine de staphylocoques, ont présenté des paraplégies, des arthrites, des ostéomyélites absolument nettes.

Avec ces toxines filtrées, j'ai d'abord tenté l'immunisation chez le lapin. Mais ces animaux étant les plus sensibles à la toxine, comme au microbe, il est très difficile de les vacciner assez fortement et surtout de les conserver. Aussi, après m'être simplement assuré de la possibilité de les immuniser, me suis-je adressé au chien, espèce plus résistante et d'ailleurs capable de me fournir une plus grande quantité de sérum.

Je procède par injections sous la peau de quantité minimes au début, puis progressivement croissantes, de toxines filtrées. Lorsque j'ai éprouvé, par les premières injections, la puissance de réaction de l'animal, j'augmente la dose le plus possible afin de déterminer chaque fois le maximum de réaction. Je constate et je suis celle-ci en m'appuyant surtout sur les indications de température et de poids, et je ne fais de nouvelle injection que lorsque l'un et l'autre sont revenus à la normale et s'y sont maintenus plusieurs jours.

Je suis arrivé ainsi à faire supporter à mes animaux des doses énormes de toxine. Je possède une chienne de 25 kg, dont l'immunisation a été commencée en février, qui a supporté récemment une injection massive de 600 cc de toxine, alors que deux chiens non vaccinés ont succombé rapidement l'un au dixième, l'autre au vingtième de cette dose.

L'immunisation des animaux est en rapport avec la quantité totale de toxine injectée. Il faut beaucoup de temps et beaucoup de toxine pour la réaliser à un degré suffisant, mais elle n'en est que plus stable.

Le sérum des chiens ainsi immunisés possède des propriétés bactéricides et antitoxiques plus ou moins actives suivant le degré de la vaccination. Mais une condition essentielle, non seulement de son efficacité, mais même de son innocuité, c'est de ne pas l'extraire trop tôt : il convient d'attendre que la toxine ait pu être complètement digérée, sinon l'on s'expose à recueillir un sérum encore toxique. Fait curieux, et dont je puis affirmer l'authenticité, ce sérum trop tôt recueilli peut même se trouver plus toxique que la toxine injectée. Tout me porte à penser que cet accroissement temporaire de toxicité est dû à une réaction particulière du foie. Quoi qu'il en soit, cette hypertoxicité du sérum, pendant les premiers jours qui suivent l'injection de toxine, peut acquérir de grandes proportions : dans un cas où j'ai saigné ma chienne deux jours seulement après la chute de la fièvre, j'ai constaté que le sérum ainsi obtenu était au moins cinq fois plus toxique que la toxine inoculée. On conçoit l'importance théorique et pratique de ces considérations.

Je saigne l'animal de quinze jours à trois semaines après le retour de la température normale. A ce moment, il a cessé d'être dangereux et il est devenu efficace.

Après m'être assuré que le sérum de chien non vacciné n'a qu'une action insignifiante sur l'infection staphylococcique, j'ai expérimenté chez le cobaye et le lapin le sérum de chien immunisé. Il n'est pas plus offensif par lui-même que le sérum de chien normal, pourvu qu'on l'ait recueilli dans les conditions déjà énoncées. Quant à son efficacité thérapeutique, elle m'a paru incontestable, que je l'aie injecté comme préventif ou comme curatif, contre la culture ou contre la toxine. Naturellement, sa puissance d'action, c'est-à-dire les doses à employer, varient avec les conditions dans lesquelles on l'applique ; il faut, pour prévenir l'infection, une dose moindre que pour la guérir ; la toxine est plus facilement annihilée que la culture; l'infection sanguine d'emblée réclame des doses plus massives que n'en exigent les lésions locales; enfin, la dose varie avec la virulence du microbe employé, et avec la race, l'âge et l'état de santé antérieur des animaux mis en expérience.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 octobre 1896. Présidence de M. HERVIEUX.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° des lettres de MM. Joffroy, Ch. Fernet et A. Chauffard, candidats dans la section de pathologie médicale ; 2° une lettre de M. Ed. Retterer, candidat dans la section d'anatomie et de physiologie ; 3° une lettre de M. Railliet, professeur à l'école d'Alfort, candidat dans la section de médecine vétérinaire.

L'alcoolisme chez l'enfant. Son influence sur la croissance. — M. LANCEREAUX. Après vous avoir parlé à plusieurs reprises de l'influence néfaste des boissons dites alcooliques sur la santé générale de l'adulte, vous me permettrez de vous entretenir aujourd'hui des effets de ces mêmes boissons sur celle de l'enfant, principalement au point de vue de la croissance. Ce sujet jusqu'ici peu étudié n'est pas moins d'une grande importance, puisqu'il conduit à rechercher si l'abus de ces boissons peut réellement amener la dégénérescence physique et morale de l'espèce humaine, question palpitante d'intérêt, en ce qui concerne la force et la puissance des nations. Deux exemples des plus frappants observés récemment par notre interne M. Paulesco et par nous vous mettront à même de juger de ces effets.

Nous tenons à les rapporter tout d'abord, car la science ne se développe qu'à la condition de s'appuyer sur des faits bien établis.

P... Jeanne, Parisienne d'origine, âgée de 13 ans 1/2, lors de son entrée à l'hôpital, le 10 mars 1895, est née de parents robustes et non syphilitiques ; elle perdit son père il y a 5 ans, à l'âge de 48 ans, d'une cirrhose du foie avec ascite, œdème des membres et ictère.

Grand buveur de vin, il avait eu, à 3 reprises, un délire aigu. Sa mère, âgée de 46 ans, ancienne marchande de vin, et intempérante, offre un tremblement manifeste des lèvres et des mains.

De 7 enfants nés de ce ménage, 4 sont morts en bas âge, il reste une petite fille de 5 ans qui présente un gros ventre, un garçon de 26 ans bien portant, et la jeune personne qui est le sujet de cette observation.

Interrogée sur le régime auquel sa fille se trouvait soumise, la mère affirme lui avoir fait prendre à chaque repas, depuis l'âge de 3 ans, en moyenne 2 verres de vin coupé de moitié d'eau; elle lui en donnait en outre un entre les repas. Chaque verre contenant 200 grammes, c'est donc 500 grammes de vin environ que prenait chaque jour, depuis l'âge de 3 ans, notre jeune malade : d'ailleurs elle est très mal nourrie, et sa mère la maltraite fréquemment. Atteinte d'une rougeole à 7 ans, d'une fièvre typhoïde suivie d'une pneumonie et d'une pleurésie purulente droite à 9 ans, elle tousse et crache habituellement.

Il y a 3 à 4 ans que son ventre est devenu volumineux, et depuis 1 an elle a eu plusieurs épistaxis dont une très abondante. Depuis 4 à 5 ans, elle éprouve, la nuit, des crampes dans les membres et des douleurs dans les côtés de la poitrine, elle accuse quelques fourmillements aux extrémités, des cauchemars, de fréquentes pituites le matin. D'ailleurs, elle digère mal et vomit parfois les aliments.

Bien qu'âgée de 13 ans et demi, cette jeune fille a l'apparence d'une enfant de 8 à 9 ans. Elle mesure 1 m. 25 de haut et 0 m. 66 de circonférence au niveau de l'ombilic : ses seins ne sont pas développés, et elle ne présente aucune trace de puberté ; maigre et pâle, elle a des dents normales, un cou mince, un corps thyroïde intact ; elle a une haleine fétide, tousse et expectore sans qu'il existe de trace de tuberculose. Le cœur est volumineux, le pouls régulier et faible, 80 pulsations. L'abdomen, très élargi, ainsi que la base du thorax, est le siège d'un léger météorisme avec ascite, mais les veines sous-cutanées abdominales sont peu ou pas apparentes. Le foie, énorme, remonte au-dessus du mamelon et descend jusqu'à l'hypogastre et la fosse iliaque droite; à la palpation il est ferme, non douloureux. La rate, volumineuse, mesure 10 sur 16 centimètres. Les urines rendues dans les 24 heures, 1500 grammes en moyenne, sont claires et transparentes, d'une densité de 10.10, elles contiennent environ 0 gr. 50 d'albumine et 12 grammes d'urée par litre. L'intelligence est à peu près normale.

La sensibilité est intacte sauf un léger degré d'hyperalgésie au niveau de la plante des pieds ; la motilité l'est également.

Pendant son séjour à l'hôpital, cette malade offre à plusieurs reprises des phénomènes urémiques, caractérisés par une diminution des urines avec céphalée et vomissements bilieux; ce phénomène disparaît très rapidement sous l'influence du régime absolu du lait et l'emploi de purgatifs.

Le 15 octobre, le foie et la rate sont moins volumineux, l'état général est surtout meilleur.

Le 9 mars 1896, c'est-à-dire un an après l'entrée de la malade à l'hopital, le foie qui sur la ligne médiane descendait à deux travers de doigt au dessus du pubis, est maintenant à l'ombilic; apparaît une dernière crise d'urémie avec douleurs lombaires, diminution des urines et augmentation de la quantité de l'albumine (6 grammes par litre).

Le 1er mai 1896, cette jeune personne se sentant beaucoup mieux, n'ayant plus trace d'ascite, etc., désireuse de reprendre sa liberté, nous quitte dans un état d'amélioration considérable, conservant la taille qu'elle avait à son entrée.

Notre seconde malade, Juliette C..., est âgée de 14 ans : son père, cocher, grand buveur de vin, est mort, à 43 ans, d'une cirrhose avec ascite et léger ictère ; sa mère, âgée de 38 ans, est marchande de vin, présente un tremblement manifeste des lèvres, se plaint de cauchemars terrifiants et de crampes dans les jambes ; elle n'a pas d'autre enfant et n'a

pas fait de fausses couches. Bien constituée et de taille au-dessus de la moyenne, elle s'est toujours bien portée, affirme n'avoir jamais eu la syphilis.

Vers l'âge de 22 mois, on commença à donner à manger à l'enfant, jusqu'alors nourrie au biberon, et en même temps, pour la fortifier, on lui fit boire du vin coupé de moitié d'eau et même du vin pur aux deux repas, et même dans la journée, en sorte que depuis cet âge elle prend, chaque jour, de 5 à 10 verres contenant chacun moitié vin, moitié eau, à savoir ; 2-3 verres au repas de midi, 2-3 verres au goûter de 4 heures et enfin 2-3 verres au repas du soir ; or, comme ces verres contiennent 200 grammes de liquide, il en résulte que, depuis l'âge de 2 ans, l'enfant ingérait chaque jour un litre de vin.

Cette boisson prise d'abord sans dégoût finit par répugner, ce qui n'empêchait pas la mère, convaincue qu'il n'y avait que le vin pour donner des forces, de forcer sa fille à en continuer l'usage.

Vers l'âge de 7 à 8 ans survinrent des troubles digestifs et la mère « pour faire passer la digestion » administrait à sa fille, après chaque repas, un petit verre de crème de menthe, qu'elle remplaçait quelquefois par de la chartreuse ou du raspail. Vers l'âge de 10 ans, la malade commença à vomir le vin, surtout quand on le lui donnait pur. Désolée de ne pouvoir fortifier sa fille par ce moyen, la mère eut recours aux vins de quinquina, de Saint-Raphaël, de Malaga, etc.

Elle lui faisait prendre un verre à bordeaux de ce vin à chaque repas, et ajoutait parfois un petit verre de byrrh, pour ouvrir l'appétit.

Cette malheureuse femme, qui paraît aimer son enfant, croit et dit avoir fait tout ce qu'il lui était possible pour rendre la santé à sa fille, aussi serait-elle affligée d'apprendre qu'il n'en est rien et que son régime avait un effet tout opposé.

L'enfant envoyée à l'école à l'âge de 5 ans était déjà plus petite que ses camarades de classe, mais la différence n'était pas frappante. A partir de l'âge de 6 ans elle a à peine grandi, car sa taille a peu changé depuis cette époque.

Déjà, avant l'âge de 6 ans, elle avait des cauchemars et des rêves terrifiants avec réveil en sursaut, sueurs nocturnes, crampes dans les jambes, picotements, et fourmillements aux pieds et aux mains depuis environ 2 ans. Tous ces symptômes ont pris vne grande intensité, et il est survenu de fortes douleurs contusives dans les jambes, principalement sur le trajet des nerfs, puis peu à peu la malade commença à éprouver de la difficulté pour marcher, et, bientôt, ne put plus quitter le lit. Déjà antérieurement les jambes avaient commencé à grossir tandis que le corps maigrissait.

Il n'existe chez cette jeune personne ni trace syphilitique ni accident paludique et cependant elle se fait remarquer par un arrêt considérable de développement, à tel point qu'elle ressemble à un enfant de 5 à 6 ans, au plus. La hauteur de sa taille (depuis le talon jusqu'au vertex) est en effet de 97 centimètres ; sa tête est petite et sa physionomie enfantine, mais sérieuse et triste, car elle ne rit jamais et son intelligence est des plus vives.

Les dents, sales, sont normales et régulièrement implantées, l'haleine fétide ; le cou est court, le corps thyroïde petit ; le thorax, aplati littéralement à sa partie supérieure, se trouve élargi au niveau de sa base, où les côtes sont déjetées au dehors par la tuméfaction simultanée du foie et de la rate ; il n'y a du reste aucune déviation osseuse.

Les veines sous-cutanées abdominales sont dilatées et apparentes ; la plupart partent de l'aisselle ou du sternum, entre les deux mamelons, descendant vers l'ombilic.

Le ventre est volumineux, tant à cause du météorisme considérable que d'une ascite remontant jusqu'au nombril.

Les battements du cœur sont perçus jusque dans l'aisselle gauche et au niveau du mamelon droit ; ils sont réguliers et assez forts et fréquents (120). Il n'y a rien d'appréciable dans les poumons.

Le foie remonte en haut au-dessus de la 4e côte et en bas dépasse légèrement le rebord costal.

La rate, volumineuse, mesure 10 sur 15 centimètres. La quantité d'urine rendue dans les 24 heures est de 1 litre environ avec une densité de 105 et une coloration très pâle ; peu chargée de principes solides, elle renferme de l'albumine en faible proportion.

Les membres supérieurs et inférieurs sont petits et grêles, principalement les jambes où existe une atrophie musculaire des plus manifestes.

Celles-ci sont d'ailleurs parésiées, car la malade les remue avec difficulté et ne peut se tenir debout que les pieds très légèrement déviés et rappellant quelque peu les pieds bots équins.

La sensibilité spéciale est normale, mais la sensibilité générale, légèrement diminuée à la face plantaire, est exaltée et même excessive ; elle a des éructations et de la diarrhée. La malade est soumise au régime absolu du lait ; elle reçoit en outre un calmant pour la faire dormir.

Le 28 juin il survient une céphalée intense, des vomissements verdâtres avec diarrhée et oppression, la quantité des urines tombe à 500 grammes. Ces accidents, rattachés par nous à l'urémie et traités par l'emploi des purgatifs et des diurétiques, par la caféine, en particulier, disparaissent vers le 15 juillet, la quantité des urines remonte alors à 1 litre, la densité reste faible : 1004 ; l'albumine persiste, 50 centigrammes dans les 24 heures, 5 gr. 50 d'urée et 2 gr 50 de chlorures.

A partir de ce moment l'état général demeure satisfaisant, moyennant une selle liquide chaque jour.

Les cauchemars et les réveils en sursaut, avec cris déchirants ont disparu, le sommeil est meilleur.

La malade refuse malheureusement le régime du lait, et reprend le régime ordinaire.

Toutefois, les phénomènes de parésie des membres inférieurs dont la symétrie, la localisation plus spéciale aux muscles extenseurs et l'hyperalgésie cutanée mettent hors de doute l'existence d'une névrite liée à l'abus de l'essence de menthe, se sont à peine amendés. Les crampes ont cessé, mais les fourmillements et les élancements douloureux se continuent principalement sur le trajet des nerfs sciatiques et poplité externe. Tel est encore l'état présenté par notre jeune malade qui, hier, ne pouvait se tenir debout.

Ces deux observations prises parmi beaucoup d'autres, montrent 2 degrés de l'intoxication alcoolique chez l'enfant.

En somme, ces deux faits constituent une démonstration très nette de l'influence néfaste que l'alcool exerce sur la santé de l enfant et sur son développement.

D'une part, il détermine des altérations viscérales aussi graves et plus rapidement produites que chez l'adulte.

D'autre part, il arrête le développement de l'enfant qui reste petit, chétif et malingre.

C'est ainsi que cette cause a pu être invoquée avec raison comme ayant produit l'abaissement de la taille qu'on observe depuis quelques années chez les conscrits.

Pour nous rendre compte de cette influence, nous avons essayé avec mon interne, M. Paulesco, d'intoxiquer expérimentalement de jeunes animaux, lapin et cobaye. Nous leur avons administré chaque jour 2 à 10 cc. de vin. Au bout d'un mois, un de ces animaux a succombé. A l'autopsie, nous avons trouvé la rate gorgée de sang, le foie grisâtre, les capillaires remplis de cellules provenant des parois vasculaires proliférées et de leucocytes.

Le parenchyme glandulaire se fait remarquer par le volume considérable de ses noyaux, qui sont vésiculaires et nombreux au centre des lobules ; par contre le protoplasma cellulaire paraît intact et ne présente aucune trace d'infiltration adipeuse ou autre.

D'autres jeunes lapins et poulets à l'usage du vin, de l'absinthe et de la menthe, nous ont fourni des résultats semblables en sorte que nous ne pouvons douter de l'influence fâcheuse des boissons alcooliques sur le développement physique de l'animal.

Nous conclurons donc de ces faits cliniques et expérimentaux, choisis comme exemples parmi nombre d'autres, que l'alcool a sur l'enfant en voie de croissance une action toxique particulièrement grave, qu'il agit sur les viscères et qu'il arrête le développement du sujet.

Les excès de ces boissons d'ailleurs ne modifient pas moins l'être moral : les crimes commis chaque jour par les buveurs et leurs descendants sont là pour témoigner de ce fait ; ils produisent aussi la dégénérescence de l'homme et trouvent à créer, pour ainsi dire, un race nouvelle, heureusement destinée à périr comme toutes les déviations d'espèces, si elles s'éloignent du type primitif. C'est donc une erreur de croire que ces boissons donnent des forces et sont nécessaires à l'accroissement de l'être humain.

Il y a plus encore, l'action stimulante des boissons alcooliques sur les éléments histologiques, pendant la période de croissance, suffit souvent à mettre en jeu les prédispositions morbides, à provoquer des désordres organiques ou tout au moins des troubles du système nerveux chez les individus qui ont ce système prédominant.

En somme, une observation sévère et rigoureuse démontre péremptoirement que, prises avec excès, les boissons alcooliques sont dangereuses chez l'enfant, parce qu'elles lèsent les organes de façon à les rendre incompatibles avec la continuation de l'existence, parce qu'elles modifient le développement physique et parfois aussi les facultés morales au point de produire la dégénérescence de notre espèce.

Mais, dira-t-on, tous les excès sont nuisibles, il faut savoir user des boissons comme de toute autre chose, d'une façon modérée ? Certainement, l'essentiel est de savoir s'arrêter assez tôt, et de ne pas oublier que l'excès est bien près de l'usage, quand il s'agit de substances pouvant créer un besoin ; et dans ces conditions, le mieux n'est-il pas de s'abstenir ? c'est au moins prudent, et en cela qu'il nous soit permis de rappeler les vers si sensés du poète: *Principiis obsta, sero medicina paratur,* etc.

M. Hervieux lit la réponse qu'il a faite aux questions posées par la commission russe du centenaire de Jenner sur les origines de la vaccine en France.

Rapports de prix. — M. Laveran lit son rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Barbier.

M. Kelsch lit son rapport sur les travaux envoyés pour un concours de prix.

A 5 heures 15, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des rapports précédents.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 octobre 1896. — Présidence de M. d'Heilly

Recherches sur les propriétés agglutinante et bactéricide du sérum des convalescents de fièvre typhoïde. — MM. Widal et Sicard. Nous avons cherché la réaction agglutinante dans 17 cas nouveaux, légers ou graves, de fièvre typhoïde, et nous l'avons constamment retrouvée avec le sang de nos malades. Chez tous elle existait le jour de l'entrée à l'hôpital qui eut lieu une fois au 5e jour, 2 fois au 6e jour, et les autres fois du 7e au 12e jour.

Dans la convalescence nous avons pu examiner le sérum de 16 malades apyrétiques : 2, depuis 19 jours ; 3, depuis 28 jours ; 2, depuis 34 jours ; 1, depuis 42 jours et 1 enfin depuis 6 mois. Chez 2 de ces malades seulement, nous avons pu assister à la disparition complète du phénomène : l'un était au 18e, l'autre au 24e jour de la défervescence. Des examens successifs nous ont montré la disparition graduelle de la réaction agglutinative. Dans 2 cas il s'agissait de formes légères, ayant évolué, l'une en 21 jours, l'autre en moins de 3 septénaires.

Chez beaucoup de convalescents, 15 à 30 jours après le début de la défervescence, le phénomène commence à s'atténuer. Parfois, cependant, il semble pouvoir persister longtemps avec toute son intensité : le sang de notre malade guéri depuis 10 mois, par exemple, possède encore une forte puissance agglutinative : il a souffert, il est vrai, d'une dothiénentérie très grave, à double rechute. Nous ne savons pas encore si la persistance plus ou moins longue du phénomène présente un rapport constant avec la durée et la gravité de la maladie.

Pendant la maladie il suffit de mélanger 1 goutte de serum à 10 gouttes de culture pour avoir la réaction agglutinative; chez certains convalescents, lorsque la propriété agglutinative s'atténue, cette dose devient insuffisante; il faut alors ajouter 2 et même 3 gouttes de serum à 10 gouttes de culture. Chez les individus sains ou atteints d'autres maladies, on peut mélanger le plus souvent jusqu'à 10 gouttes de sérum à 10 gouttes de culture sans enlever aux bacilles leur mobilité et leur indépendance.

Il est préférable pour les examens extemporanés de prendre une culture fraîche. Dans quelques cas pourtant ces cultures présentent à leur surface un léger voile ou abandonnent au fond du tube un dépôt; aussi faut-il examiner au microscope la culture avant addition du serum. Les cultures faites à la température de la chambre sont plus longtemps utilisables pour le séro-diagnostic que les cultures mises à l'étuve.

La propriété agglutinative s'exerce sur les bacilles morts comme sur les bacilles vivants; elle n'est pas due à une substance que les bacilles d'Eberth laisseraient diffuser

dans le bouillon de culture, car d'autres espèces microbiennes, comme le coli-bacille ou le bacille virgule placés dans un bouillon de culture de bacille d'Eberth filtré, ne s'agglutinent pas.

Lorsqu'on veut mesurer exactement le pouvoir agglutinatif du serum d'un typhique et le comparer chez le même sujet, aux diverses périodes de la maladie ou de la convalescence, il faut avoir recours au procédé suivant :

On prépare une série de tubes contenant 1, 2, 3, 4, 5, etc., cc. de bouillon stérile. On ajoute à chacun d'eux une goutte de serum à examiner, on ensemence avec une trace de culture typhique, on met à l'étuve et l'on examine de 12 à 24 heures après l'ensemencement. Si, par exemple, le tube contenant 3 cc. de bouillon donne des amas nets, et si celui contenant 4 cc. n'en donne pas, on peut conclure que le pouvoir agglutinatif de la liqueur étudiée s'exerce entre 1 goutte pour 60 et 1 goutte pour 80. Chez les typhiques, le pouvoir agglutinatif oscille en général entre 1 pour 60 et 1 pour 80 : il peut même atteindre 1 pour 100. Chez les convalescents la puissance agglutinative s'abaisse en général et tombe progressivement à 1 pour 40, 1 pour 20, 1 pour 10 et même plus bas encore. Chez les sujets indemnes on peut mélanger le bouillon et le serum en parties égales et même deux parties de serum à une de bouillon sans avoir d'agglutination.

Dans quelques cas, après un mélange en de telles proportions du bouillon et du sérum de convalescents de fièvre typhoïde, la culture se développe avec la plus grande peine ou même parfois le milieu reste stérile. Le sérum reste, en ce cas, doué d'une propriété bactéricide.

Stern, il y a quelques années, avait avancé que le sérum de gens indemnes de fièvre typhoïde était doué d'action bactéricide pour le bacille d'Eberth, et que cette action diminuait notablement dans le sérum des convalescents de fièvre typhoïde. Nous avons cherché si ces faits étaient exacts, si on ne pourrait pas trouver là un nouveau procédé de séro-diagnostic. Nos recherches nous montrent que, si on laisse le sérum agir sur les bacilles pendant 24 heures, on voit une action bactéricide s'exercer indifféremment, tantôt avec le sérum des typhiques, tantôt avec le sérum d'individus indemnes. On ne peut donc tirer aucune loi de cette action bactéricide ni aucun renseignement.

En résumé, l'étude du sérum des convalescents de fièvre typhoïde prouve une fois de plus que le phénomène d'agglutination n'est pas une réaction d'immunité, mais bien une réaction d'infection. Il paraît au cours de l'infection et s'atténue souvent au cours de la convalescence, c'est-à-dire quand l'immunité est la plus solide.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 oct.—Présid. de M. Ladreit de Lacharrière

Correspondance Imprimée.— Revues et journaux habituels. — *Centre médical et pharmaceutique.* — *Mémoires et bulletins de la Société de médecine et de Chirurgie de Bordeaux* (1895). — *Bulletin de la Société de médecine de l'Yonne* (1895). — *Revue des Travaux scientifiques* (ministère de l'Instruction publique) : Tome XV, n° 12 et Tome XVI n°s 1, 2, 3 et 4. — *University medical Magazine*, éditée sous les auspices de la Faculté de médecine et de l'Université de Pensylvanie, août 1896. — *La Fièvre jaune, sa pathogénie et son traitement*, par le Dr Mello Barreto de Saint-Paul (Brésil). — *Histoire de Jean-François Colelette de Chamseru, chirurgien et oculiste, et sa famille*, par le Dr Gillard.

Correspondance Manuscrite. — Lettres des Drs Casper et Lohnstein, de Berlin, demandant l'envoi du travail intitulé : *Observations relatives à l'action de l'éther et du chloroforme sur les reins*, par MM. Bebi et Babacci, pour en faire une analyse dans leur Revue. — Lettre de M. Karl Trübner, éditeur du *Minerva*, annuaire du Monde savant à Strasbourg, demandant l'envoi de renseignements sur la Société, pour la publication de cet annuaire. — Lettre de l'administration du *Didot-Bottin*, envoyant l'épreuve de l'annuaire concernant la Société, et demandant l'envoi des modifications à y apporter. — Lettre de M. Alphonse Leroux, manufacturier à Orchies (Nord), demandant les statuts de la Société, et demandant à faire partie de la Société. — Lettre de M. Jullien s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

De la percussion du cœur dans le dos. — M. Duroziez. Le docteur Germe, dans un livre intitulé « Recherches sur les lois de la circulation pulmonaire, sur la fonction hémodynamique de la respiration et l'asphyxie (1895), écrit : « L'oreillette gauche, cachée par les gros « vaisseaux, ne répond à la partie antérieure du thorax que « par son auricule. Mais en revanche, il est facile de la « trouver dans le dos où elle est située au niveau de la « septième dorsale dans une étendue dont la hauteur est en « moyenne de cinq centimètres..... Arrivé au niveau de la « 7e dorsale, on fait une croix sur la peau indiquant son « niveau. Alors on détermine sa limite supérieure en dirigeant la plaque du plesse-limite, tout en percutant de « haut en bas. Cette limite se reconnaît à une résistance « nettement tranchée. Pour la limite inférieure on procède « en sens inverse..... Quant à l'oreillette gauche, sa dilatation ou son rétrécissement se traduisent à sa partie supérieure dont la limite s'élève ou s'abaisse, suivant que « l'oreillette se dilate ou se rétrécit. Inférieurement, ce « organe, reposant sur le centre phrénique, ne subit pas « dans sa limite inférieure, de changements bien appréciables. Les variations de volume de l'oreillette gauche « se trahissent aussi en avant par des dilatations ou des « resserrements de l'auricule sensibles à la percussion. »

Je ne connaissais pas les recherches du Dr Germe. C'est mon ami, le Prof Potain, à qui je montrais la possibilité de percuter le cœur en arrière, qui me les a révélées ; il se méfiait et n'était pas seul. Je n'ai vu personne pratiquer cette percussion et j'ai étonné tous les médecins devant qui je l'ai pratiquée ; ils se sont tous rendus. Comment sommes-nous arrivés, de notre côté, après le Dr Germe, à chercher le cœur en arrière ?

Stokes, dans son ouvrage sur les maladies du cœur et de l'aorte (1854), rapporte qu'une jeune fille de 11 ans était sujette dès les premières années à des attaques de dyspnée et d'orthopnée extraordinaires séparées par des intervalles de bonne santé, avec souffle permanent et légèrement ruclant le plus intense près du mamelon gauche. Il la vit dans une de ses attaques effrayantes : le pouls était petit, inégal, fréquent au dernier degré ; la respiration était plus accélérée que dans aucun des cas dont il a été témoin ; toux constante, sifflements, et expression d'anxiété terrible. En

ouffrait depuis douze heures. Le côté gauche de la poitrine tait absolument mat, excepté dans la position postéro-inférieure, aussi mat que si le poumon avait été comprimé par n copieux épanchement. Les battements étaient si vifs et i irréguliers qu'il était impossible d'analyser les bruits.

Considérant que cette enfant n'était malade que depuis louze heures et que les signes de déplacement du cœur nanquaient, il eut grande difficulté à déterminer la cause le cette matité.

L'emploi de quelques calmants fut suivi de la diminution onsidérable de l'affolement du cœur; la clavicule reprit sa onorité. Dans les 24 heures, la partie supérieure de la égion sternale recouvra sa sonorité et le quatrième jour a matité avait complètement disparu, la poitrine avait sa onorité et sa respiration normales. Stokes suivit ces faits vec le plus grand soin et arriva à cette conclusion, après y voir mûrement réfléchi, que la matité était produite par la listension soudaine et extraordinaire de l'oreillette gauche, ssez grande pour déplacer le poumon. La convalescence ut beaucoup plus lente que d'habitude et plusieurs semaiies se passèrent avant que le cœur fût rendu à son action nabituelle. Le paroxysme ne fut pas accompagné de cya nose. L'oreillette gauche a été le siège d'une vaste accumulation de sang.

Nous n'avons jamais oublié l'observation de Stokes. La ercussion un moment délaissée est revenue à la mode, ous l'influence du phonendoscope du docteur Bianchi Bianchi dessine la limite des deux lobes pulmonaires; en herchant cette limite, nous avons rencontré le cœur. Voilà ar où nous avons passé.

Disons maintenant ce que nous avons vu de notre côté, ans copier personne, mais convaincu que la percussion ne ient pas un rôle inférieur.

Le cœur occupe à gauche la place du lobe moyen droit. Les deux lobes du poumon gauche sont plutôt antérieur et ostérieur que supérieur et inférieur. La racine des poumons est située derrière le cœur contre la colonne vertébrale, à la réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers ostérieur de la face interne du poumon et à peu près à gale distance du sommet et de la base. En arrière, le doigt st séparé du cœur par l'espace que mesure la colonne vertébrale, et cependant si on percute un peu profondément en rrière à gauche au niveau du cœur, on trouve une plaque de matité qui peut tromper sur l'épaisseur d'un épanchement pleural ou d'une pneumonie ou sur l'existence de la pleurésie interlobaire. C'est la même cause d'erreur qu'à droite où il n'est pas rare d'admettre de l'épanchement tandis que c'est le foie qui fournit la matité. La matité cardiaque en arrière existe chez tous les individus, variable l'étendue, parfois de 10 ou 11 centimètres en hauteur sur 10 en largeur, à 2 ou 3 centimètres de l'épine, lorsque le cœur est gros; à l'état normal, de 6 centimètres sur 6. L'apparition de la matité est plus nette en bas où on passe franchement de la sonorité à la matité. En haut, la différence est moins tranchée; un peu d'attention la découvre. La matité, plus délicate à trouver à l'état normal chez l'enfant à petit cœur, se présente d'elle-même chez l'adulte où je l'ai fait admettre par tous les médecins à qui je l'ai montrée.

Quelle est l'épaisseur du poumon au niveau du cœur? Elle varie à chaque instant; l'autopsie ne peut pas nous en donner l'idée. Nous montrons souvent que le foie peut remonter haut dans la cage thoracique; la percussion l'établit irrésistible, indéniable. La matité en arrière est évidente, reconnue, acceptée par tous; elle existe au niveau du cœur. Comment l'expliquer autrement que par la présence du cœur?

Par la percussion en avant, nous nous représentons la surface du cœur; par la percussion en arrière, nous en appréciions l'épaisseur.

Le cœur peut-il arriver au contact de la paroi postérieure? Nous l'avons vu.

Les malades atteints d'insuffisance mitrale sentent la poussée dans le dos quand ils sont inclinés en arrière. Si nous sentons des battements en arrière, nous les rapportons à l'anévrysme de l'aorte. N'oublions pas le cœur.

Nous avons donné comme signe de l'insuffisance mitrale la transmission en arrière, au niveau du cœur, du souffle de la pointe. Le sang lancé d'avant en arrière, du ventricule gauche dans l'oreillette, porte le souffle directement en arrière. Il n'en est pas ainsi pour le souffle de l'insuffisance tricuspide, du rétrécissement aortique ou pulmonaire, de la chlorose. Cette transmission s'arrange avec la matité que nous trouvons en arrière.

D'instinct, dans la thoracentèse, on se tient sur le côté, et on a raison; en arrière on pourrait atteindre le cœur.

La vieille percussion digitale, sans instrument, sans plessimètre, sans plessigraphe, sans plesse-limite, sans phonendoscope, fait tout ce qu'elle veut, rend tous les services que nous lui demandons, à la condition que nos demandes soient raisonnables et sérieuses. Il faut insister, appuyer pour aller au cœur.

M. Bianchi. — On peut délimiter sur la partie postérieure du thorax non seulement le cœur, mais aussi l'estomac. Les vibrations données par ce dernier organe se trouvent au-dessous des vibrations données par le cœur et par les poumons. Il faut chercher l'estomac dans l'espace libre qui se trouve entre la limite postérieure de la rate et la ligne vertébrale à gauche, et entre la limite postérieure du foie et la ligne vertébrale à droite. Si la tige du phonendoscope se place en ce point, nous avons la possibilité de dessiner la projection postérieure de l'estomac et de son contenu.

De même pour délimiter le cœur, il faut placer la tige du phonendoscope à côté de la ligne vertébrale à droite, et à gauche dans l'espace libre entre les limites postérieures des deux poumons.

Mais cette recherche est beaucoup plus difficile que la recherche ordinaire du cœur sur la paroi antérieure; elle est impossible dans l'emphysème pulmonaire; elle est rendue plus facile par l'hypertrophie et la dilatation du cœur et plus spécialement du cœur gauche.

Mouvements et déplacements des reins pendant la période de la digestion, et en correspondance avec les mouvements de l'estomac. — M. Bianchi. (V. page 677.)

M. Duroziez a plaisir à constater que les recherches expérimentales de M. Bianchi confirment les déplacements des organes tels que le foie, la rate et les reins. Ce sont des organes absolument migrateurs, il faut le reconnaître malgré l'opinion contraire de certains auteurs.

Il constate également que la phonendoscopie pratiquée par M. Bianchi place la rate dans sa vraie position, qui est la

position horizontale, et c'est une véritable erreur de la placer verticalement, comme on le fait souvent.

M. Dubuc admet les opinions émises par M. Bianchi sur les déplacements des reins pendant les fonctions digestives et respiratoires, mais il fait remarquer que ces déplacements sont essentiellement physiologiques, qu'ils ne sont que temporaires, et qu'en aucun cas ces déplacements ne peuvent entrer dans le domaine pathologique ni par conséquent être comparés à certains déplacements plus importants qui constituent les reins flottants.

M. Guepin. — Messieurs, la curieuse communication de M. Bianchi, et les réflexions qu'elle suggère à plusieurs membres de notre Société, m'engage à vous dire quelques mots de la mobilité physiologique des reins.

Jadis, et jusqu'à la seconde moitié de notre siècle, on admit que le rein, grâce à l'atmosphère graisseuse semi-liquide dans laquelle il est plongé, jouissait à l'état physiologique d'une grande mobilité. Les changements de volume des différents organes abdominaux, et de la rate en particulier, avaient sur sa situation et ses rapports une influence indéniable et marquée, Cette opinion pouvait être résumée dans la formule de Bordeu : « le rein est la plus mobile de toutes les glandes. »

Puis, plus tard, on pensa avoir attaché aux déplacements normaux du rein sous diverses causes (respiration, digestion) un intérêt excessif. Dans l'article Rein du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, M. D. Mollière se montre très réservé.

Depuis, on revient quelque peu aux théories anciennes. Le rein suit dans une certaine mesure les déplacements respiratoires du diaphragme et notre collègue M. Bianchi, par un graphique, nous démontre combien la replétion stomacale agit sur l'organe urinaire et modifie momentanément ses rapports.

Aussi était-il intéressant de comparer les résultats de l'observation moderne à ceux obtenus par nos devanciers avec des procédés moins précis.

M. Bianchi remercie ses collègues de l'intéressante discussion qu'ils viennent de faire à propos de sa communication. Il est heureux que les recherches positives actuelles soient en accord parfait avec les affirmations des anciens médecins sur la mobilité des reins par la digestion et la respiration. La mobilité du foie par la digestion n'infirme pas l'importance de la limite supérieure du foie pour la délimitation de l'aire cardiaque.

En effet, lorsque le foie se déplace ou en haut, ou en bas, il déplace aussi le diaphragme, sur lequel le cœur a son point d'appui. En conséquence, le cœur se déplace comme le foie, et si le foie est transporté en haut, le cœur se porte en haut également; si le foie tombe en bas, le cœur s'abaisse également.

Avoir la limite supérieure du foie comme ligne correspondant à la limite inférieure du cœur est un point séméologique vrai et bien choisi. Le cœur, comme le foie, est très mobile, et pendant la digestion, il tombe en bas et à gauche presque verticalement, ou il est reporté en haut et à droite. Ce sont des variations de position très importantes qui ne sont jamais trop profondément considérées.

La séance est levée à cinq heures dix.

Brossard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 octobre 1896. — Présidence de M. Ch. Mono

M. le président fait part de la mort de M. Nicaise, ancien président de la Société et lève la séance en signe de deuil.

Séance du 14 octobre 1896. — Présidence de M. Ch. Monod

M. Delens lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Nicaise, au nom de la Société de chirurgie.

Tarsectomie postérieure. — M. Félizet. Ce procédé que j'ai décrit ici même en 1893, a été par moi mis en pratique plus de vingt fois depuis cette époque. Il m'a toujours permis d'agir par le flambage sur les malléoles et le tarse tout entier, et je n'ai eu qu'à me féliciter de la méthode opératoire que je vous ai présentée. M. Landever (de Stuttgard) vient de publier ce même procédé sous son nom, je n'puis que protester devant cette publication.

Rétrécissement du rectum et dilatation. — M. Berger. Je me félicite de voir cette méthode de traitement revenue en discussion. On l'avait trop abandonnée, à mon avis. On a voulu avoir des résultats trop rapides. De là les accidents et les insuccès que l'on a pu attribuer à la dilatation. Celle-ci m'a donné dans un grand nombre de cas des résultats heureux dans les rétrécissements dits syphylitiques en particulier.

Il faut une grande prudence et surtout une grande lenteur dans les séances de dilatation. Il faut laisser entre chaque séance deux ou trois jours, et ne pas chercher à gagner un numéro à chaque séance. Il faut enfin suivre exactement la direction du rectum. Lorsqu'on est arrivé au niveau du rétrécissement, il faut laisser le dilatateur en contact avec l'anneau, en appuyant faiblement avec l'instrument, qui pénétrera au bout d'un peu de patience. Je pense donc que l'élément spasmodique joue un certain rôle dans la symptomatologie des rétrécissements.

A la dilatation il faut ajouter les lavages intra-rectaux avec solution faible de nitrate d'argent, ou comme on l'a préconisé le drainage permanent du rétrécissement.

Les contre-indications et les échecs sont les cas, où la dilatation cause des accidents fébriles, — puis l'état très précaire des malades affaiblis par l'infection rectale, enfin l'abondance de la suppuration rectale et le ténesme qui l'accompagne.

Je ne parle que pour mémoire du siège des rétrécissements. Ceux qui remontent à de grandes hauteurs, 10, 12, 14 centimètres, et que l'on peut rencontrer dans certains faits de rétrécissements syphilitiques. Il est évident que dans ces cas la dilatation ne peut être employée.

En général, lorsque la dilatation ne peut être tentée, je suis partisan de la rectotomie linéaire, qui non plus que l'extirpation ne remédie à la rectite qui accompagne le rétrécissement. L'extirpation du rectum me laisse des doutes sur la récidive possible, puis il y a nombre de cas où il reste de l'incontinence, non moins que dans la rectotomie.

L'avantage de restituer un anus à peu près normal seulement ne vient pas compenser les dangers d'une extirpation. De plus quand on est amené à faire une extirpation c'est presque toujours dans des cas compliqués et souvent haut placés.

De sorte qu'à mesure qu'on dilatera plus facilement les étrécissements du rectum, on en reviendra plus normalement à la rectotomie linéaire pour abandonner l'extirpation beaucoup plus grave et ne donnant guère de meilleurs résultats.

M. Quénu. Quelleque soit la méthode employée dans les traitements des rétrécissements du rectum, il faut avouer que l'on n'obtient guère de résultats complètement satisfaisants. Je peux citer un fait dans lequel le rétrécissement dit syphilitique s'est fait sous nos yeux et malgré tous les moyens nous avons été forcés de pratiquer un anus iliaque. C'est encore l'anus iliaque qui semble la pratique la moins illusoire.

M. Reynier. Je partage l'opinion de M. Berger au point de vue thérapeutique. Je veux relever seulement que l'opinion de Quénu est celle qu'a toujours soutenue Gosselin. L'ulcérat on rectale se fait et malgré le traitement institué dès le début, le rétrécissement s'est fait et a pu être suivi pendant trente ans par Gosselin, ce qui lui faisait dire que le syphilome n'est pour rien dans le rétrécissement, mais que c'est bien la rectite qui l'accompagne.

M. Schwartz. J'ai eu l'occasion de revoir récemment une malade à laquelle il y a 12 ans je fis une rectotomie linéaire et depuis cette époque elle entretient la dilatation avec une canule qu'elle passe facilement et grâce à cela la situation s'est conservée parf aite depuis 12 ans.

F. Verchère.

VARIÉTÉS

Hospices et maisons de retraite

M. d'Echerac, ancien secrétaire général de l'Assistance publique, dont nous avons déjà reproduit un article publié dans le *Temps*, adresse au même journal l'article ci-dessous qui ne peut manquer d'intéresser nos lecteurs.

Pour être admis dans un hospice de l'Assistance publique de Paris, il faut avoir soixante-dix ans ou faire la preuve qu'on souffre d'infirmités incurables. Dans ce cas, on peut y trouver place dès l'âge de vingt ans. La condition de domicile est fort mal définie. En tout état de cause l'enquête doit affirmer l'état d'indigence et fournir la preuve que le postulant habite Paris depuis un an au moins. Cette enquête est double. Faite d'abord par un visiteur de l'administration elle est confirmée ou infirmée par une deuxième enquête à laquelle se livre, au domicile même de l'indigent le membre de la commission d'admission, chargé de faire un rapport, sur lequel on statue immédiatement. Cette commission d'admission est composée de neuf membres pris dans le conseil de surveillance de l'Assistance publique, les maires des arrondissements de Paris et les administrateurs des bureaux de bienfaisance, auxquels s'adjoignent un inspecteur de l'Assistance publique et le chef de la division des hôpitaux. Elle se réunit une fois par mois. L'admission prononcée, le dossier est complet. On le classe jusqu'au jour, long à venir, où on pourra le faire sortir des cartons pour dresser le titre qui permettra enfin à l'indigent de toucher au port. Les octogénaires, les aveugles, les grabataires, les grands infirmes que le propriétaire menace d'expulsion jouissent de tours de faveur; les simples misérables réduits au minimum des conditions requises, c'est-à-dire ceux qui n'ont à leur actif d'autre titre que de mourir de faim et d'avoir dépassé soixante-dix ans, attendent parfois leur placement pendant plusieurs années. On compte ces derniers par milliers.

Les lits que contiennent les hospices sont de deux sortes. Les uns entretenus par l'administration sur ses propres fonds; les autres sur le revenu de fondations dues à des bienfaiteurs.

Les nominations pour les premiers appartiennent au directeur de l'Assistance publique; quelques-unes au ministre de l'Intérieur, au préfet de la Seine ou au préfet de police; les autres sont réservées aux fondateurs ou à leurs héritiers. Le règlement auquel les hospices sont soumis est le même pour tous; ainsi du régime alimentaire.

Indépendamment de ses hospices, l'administration possède deux maisons de retraite, les Ménages et La Rochefoucauld, destinés à des vieillards qui, sans être dans un état complet d'indigence, manquent cependant de ressources suffisantes pour vivre. L'hospice des Ménages est de beaucoup le plus considérable. Situé à Issy (Seine), 13, rue du Vivier, il contient 1,461 administrés qui occasionnent une dépense annuelle de 602,424 francs.

Jadis, l'hospice des Ménages occupait les bâtiments situés sur l'emplacement de l'ancienne maladrerie de Saint-Germain-des-Prés, qui fut supprimée en 1544. Les pensionnaires y jouissaient chacun « d'une eschoppe de 9 ou 12 pieds carrés ». C'est à la disposition de ses bâtiments qu'il devait son nom de Petites-Maisons sous lequel il fut si longtemps connu. Ce n'est qu'en 1863 que les Ménages furent transférés à Issy. Cette maison est destinée à recevoir de vieux époux en ménage, des veufs et des veuves. Elle est divisée en chambres et en dortoirs. Un couple qui demande son admission doit réunir 130 ans d'âge! Les veuves et les veufs ne peuvent pas entrer avant 60 ans. Pour chaque époux en ménage la pension est fixée à 300 francs. Les administrés qui couchent en dortoir ne payent que 250 francs. On peut se libérer d'un seul coup en versant à l'administration, si on prend un lit dans une salle commune, un capital de 1,200 francs, et de 1,800 francs si on désire occuper une chambre. Tous les pensionnaires pourvoient à leur habillement et à leur blanchissage; ceux des dortoirs sont nourris entièrement par l'administration et mangent en réfectoire; ceux des chambres reçoivent leurs vivres avant préparation; ils sont chauffés et on leur alloue 3 francs tous les dix jours. Cette organisation baroque paraît satisfaire tout le monde et je ne sache pas qu'on en ait jamais réclamé la modification. Le service médical est confié à un seul médecin.

La maison de retraite de La Rochefoucauld fut fondée en mars 1781 grâce à l'intervention de la vicomtesse de la Rochefoucault, qui, après avoir fourni de ses deniers personnels une somme de 36,352 livres, obtint de Louis XVI, pour être affectée à l'entretien du nouvel établissement, une rente de 10,000 livres sur les aides et gabelles; la ville de Paris accorda également sur ses instances 1,800 livres de rente à perpétuité et la bienfaitrice tira du clergé la somme de 100,000 livres. La Rochefoucauld fut à l'origine destiné à recueillir des officiers infirmes et pauvres, des ecclésiastiques et des magistrats tombés dans l'indigence. Cet établissement, appelé d'abord Maison royale de retraite, prit en 1792 le nom d'Hospice national et le conserva jusqu'en

1822 pour prendre définitivement le nom qu'il porte aujourd'hui.

La Rochefoucault contient 246 lits dont l'entretien coûte annuellement 169,133 francs. Pour y entrer il faut être âgé de soixante ans révolus ou atteint d'infirmités incurables. La pension est de 250 francs pour les valides et de 312 francs pour les infirmes. Comme aux ménages l'annuité peut être remplacée par un capital une fois versé qui varie suivant l'âge et l'état de validité. De soixante à soixante-cinq ans ce capital est de 2,000 francs. Il va décroissant jusqu'à quatre-vingts ans où il n'est plus que de 875 francs.

Nous n'avons pas compris l'institution Sainte-Périne au nombre des maisons de retraite de l'Assistance publique, quoiqu'elle soit gérée par elle dans les conditions communes aux autres établissements de cette nature; mais son caractère tout à fait particulier, son régime spécial, la liberté dont on y joult en font plutôt une sorte de pension de famille, une grande hôtellerie qu'un véritable établissement hospitalier. Installée à la fin du siècle dernier dans l'ancien couvent de Sainte-Périne, rue de Chaillot, ce fut d'abord une entreprise privée patronnée par la liste civile de l'Empire sous prétexte de bienfaisance. Un décret du 10 novembre 1807 lui enleva ce caractère et en attribua la gestion à l'administration des hospices de Paris. Atteinte par une opération de voirie, Sainte-Périne fut reconstruite en 1861 dans un magnifique parc situé à Auteuil, rue du Point-du-Jour. Le but de cette institution est de venir en aide à des personnes du monde qui ont joui jadis d'une position aisée. Aussi l'administration s'efforce-t-elle pour lui conserver son allure originelle, de n'y admettre que des gens de bonne compagnie. Le prix de la pension autrefois fixé à 900 francs a été porté à 1,300 fr. Sainte-Périne contient 253 chambres, mais elles ne sont pas toutes occupées, malgré les incontestables avantages qu'offre cet établissement. La cause de l'étrange froideur dont le public fait preuve depuis quelques années vis-à-vis d'une institution si éminemment utile se trouve dans les conditions de l'ancien règlement qui réclamait, avant d'en ouvrir les portes à un postulant, le versement d'un capital de garantie suffisant pour assurer le payement de la pension.

Quand l'argent rapportait 5 0[0 et que cette pension n'était que de 900 francs on pouvait encore trouver moyen de satisfaire à pareille exigence; mais depuis que la rente est à 3 0[0 et que l'annuité s'est élevée de 900 à 1,300 francs le versement de cette garantie est devenu infiniment plus difficile. L'administration, lente à comprendre, plus encore à s'exécuter, a fini cependant par se rendre compte que, sous peine de voir se produire une désertion complète aboutissant à la fermeture de Sainte-Périne, il était indispensable d'en faciliter l'accès en adoucissant les conditions financières d'admission et aujourd'hui le versement d'une garantie n'est plus exigé: on se borne à faire sur chaque postulant une enquête sérieuse au point de vue des ressources dont il dispose. Ce système, ainsi que la modification des conditions d'âge abaissé de soixante à cinquante ans, a produit déjà son effet et l'on voit ce magnifique cottage situé dans les conditions d'une habitation princière se repeupler peu à peu à la grande joie des anciens pensionnaires, qui n'envisageaient pas sans un serrement de cœur l'éventualité d'une suppression. Il faut donc espérer que Sainte-Périne vivra et que les anciens fonctionnaires, les officiers retraités, les veuves et les personnes déchues d'une position aisée, parfois brillantes, continueront à y trouver la vie facile, honorable, exempte de soucis que les fondateurs ont eu en vue de leur procurer.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le lundi 19 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Distinctions universitaires. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bastion (de Lannion); Bordier, directeur de l'École de médecine de Grenoble: Caradec (de Brest); Fournier (d'Angoulême); Friocourt, médecin en chef de la marine; Langenhagen (de La Motte-des-Bains); Nicolas, professeur à la Faculté de Nancy; Petit, médecin de l'hôpital d'Ormesson; Ravenez, médecin-major au 60e d'infanterie; Simon, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et Talairach, directeur du service de santé de la marine.

Officiers d'Académie. — MM. Baboin (de Grenoble), Baches (de Sos), Bretenacker (de Châlons-sur-Marne), Casteran (de La Poote), Comte (de Grenoble), Darroze (de Pontoux-sur-l'Adour), Delfau (de Bessèges), Dousset (de La Guerche), Faint (de Rennes), Galotte (de Saint-Dié), Gautier (de Bazouges-la-Pérouse), Gouguenheim (de Paris), Greuell (de Gérardmer), Laydeker (d'Avize), Lelorrain (de Longwy), Le Moyne (de Lorient), Liégeois (de Bainville-aux-Saules), Marcette (de Soissons), Maréchal (de Brest), Marlier (de Bruyères), Mathey (de Monthier), Morisson (de Maisons-Alfort), Pethiot (du Conquet), Quentin (de Rouen), Quettier (de Berck-sur-Mer), Romeyer (de Grenoble), Simonneau (de Montfort-sur-Mer), Stœber (de Saint-Dié), Templé (de Rennes), Verne (de Grenoble), Walmé (de Chauny), Waquet (de Lorient) et Woimant (de Soissons).

Récompenses honorifiques. — Les récompenses suivantes ont été accordées aux docteurs dont les noms suivent, pour services rendus aux cours d'adultes et d'adolescents, comme professeurs ou conférenciers :

1° *Diplômes d'honneur.* — MM. Picqué (de Châtillon-de Michaillé), Guillermet (de Saint-Germain-de-Joux), Fugairon (de Savignac), Canac (de Cassagnes-Bégouhès), Leneveu (de Trouville-sur-Mer), Perceau (de Nérondes), Dutour (d'Allassac), Mordagne (de Tourny), Dussac (de Saint-André), Veillard (de Meung), Denances (de Varennes), Battle (de Perpignan), Dupuy (de Saint-Denis-sur-Seine), Durand (d'Arcueil), Amirault (de Loudun), Fillroulaud (de Pierrebuffière), Chotier (de Noyers).

2° *Lettres de félicitations.* — MM Edouard (de Châtillon-sur-Chalaronne), Courrent (de Tuchan), Couturier (de Trouville-sur-Mer), Tauleigne (de Sancoins), Puybaret (d'Albignac), Calary (de Neuvic-d'Ussel), Masson de Saint-Félix (de Liginiac), Barbencey (de Monpont), Coutemoine (de Morteau), Brugrerolles (de Saint-Jean-en-Royans), Magnan (de Luc en-Diois), Gros-Filay (de Nonancourt), Verbeck (de Tours), Brenans (de Champagnole), Rayneau (d'Orléans), Veillard (de Lorris), Barrail (de Beauville), Galup (de Tonneins), Amblard (de Fumel), Sérégé (de-

Castelljaloux) Peton, (de Saumur), Legrand (de Beaufort), Viaud et Vincent (d'Agon), Delord (de Baud), Petitjean et Dejean (de Decize), Paley (de Cosne), Bole (de Roubaix), Manière (d'Estrées-Saint-Denis), Biat (de Liévin), Quettier de Berck-sur-Mer), Druelle (d'Outreau), Traby (de Samorre), Sorel (du Havre), Dubois (de Villers-Bretonneux), Périer (de Champagné-les-Marais), Ranty (d'Ambazac), Boussenot (de Saint-Paul), Renault (de Saint-Sulpice-les-Feuilles), Charbonnier (de Limoges), Guillié (de Villeneuve-la-Guyard), Thierry, Langin (A. F.) et Langin (L.-A.) (de Noyers).

M. Crousse, étudiant en médecine à Nancy.

Faculté de médecine de Lille. — M. Surmont, agrégé, est chargé d'un cours d'hygiène.

Ecole de médecine de Rennes. — M. le Dr Bodin est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. le Dr Le Moniet est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1897, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine. Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Évrard et Villejuif. — Le lundi 9 novembre 1896, à une heure précise, il sera ouvert à l'asile clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie vacantes au 1er janvier 1897 dans lesdits établissements.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 12 au samedi 24 octobre 1896 inclusivement.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 9 octobre 1896, ont été promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de deuxième classe.

M. Fluteau, médecin principal de deuxième classe, hors cadre, en remplacement de M. Mangenot, mis en non-activité pour infirmités temporaires; désigné pour l'hôpital militaire de Versailles.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe, hors cadre, Bischoff, en remplacement de M. Laurent, retraité; maintenu au 8e régiment d'artillerie. — Bourdon, en remplacement de M. Roberdeau, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu à l'hôpital Saint-Martin. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Riff, en remplacement de M. Achard, retraité; maintenu au 135e d'infanterie. — Richard, en remplacement de M. Boiland, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 155e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe, hors cadre, Lairac, en remplacement de M. Croux, décédé; maintenu au 73e d'infanterie. — Bouchereau, en remplacement de M. Tournier, retraité, maintenu au 105e d'infanterie. — Pruniéras, en remplacement de M. Riff, promu; maintenu au 143e d'infanterie. — MM. les médecins aides-majors de première classe Gontier, en remplacement de M. Morin, mis hors cadre, maintenu au 60e d'infanterie. — Terrail, en remplacement de M. Leprêtre, mis hors cadre, maintenu au 40e d'infanterie. — Leloir, en remplacement de M. Richard, promu désigné pour le 67e d'infanterie.

— Par décret, en date du 9 octobre 1896, ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe et, par décision ministérielle du même jour, ont été maintenus dans leur poste actuel :

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Remlinger, au laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis; — Roussel, au 69e d'infanterie; — Galley, au 7e cuirassiers; — Lanne, au 76e d'infanterie; — Faure, au 14e bataillon de chasseurs à pied; — Laval, au 8e cuirassiers; — Daussat, au 3e tirailleurs algériens; — Sexe, au 32e d'artillerie; — Gandar, au 132e d'infanterie; — Viguier, au 9e d'infanterie; — Carbonnier, aux hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Paris, an 92e d'infanterie; — du Roselle, au 134e d'infanterie; Normand, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; Vigerle, au 78e d'infanterie; — Pinot, au 14e hussards; — Roux, au 7e bataillon de chasseurs à pied; — Calba, au 74e d'infanterie; — Lefebvre, au 8e d'infanterie; — Husson, au 29e dragons; — Vidal, au 3e d'artillerie; — Lesterlin, au 16e chasseurs à cheval; — Vedrines, au 14e chasseurs à cheval; — Mathieu, au 18e d'infanterie; Colomb, au 105e d'infanterie; Haury, au 136e d'infanterie; Lesnes, au 15e bataillon de chasseurs à pied; — Delon, au 134e d'infanterie; — Guichemerre, au 14e d'infanterie; Cathoire, au 121e d'infanterie; — Palet, au 106e d'infanterie; — Drouineau, au 29e bataillon de chasseurs à pied; Denomme, au 17e d'artillerie; — Zimmermann, au 18e bataillon de chasseurs à pied; — Poret, aux hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Jaffary, au 18e chasseurs à cheval; — Massenet, au 3e hussards; Huber, au 39e d'artillerie; — Mialaret, au 109e d'infanterie; — Bourlange, au 110e d'infanterie; — Breuil, au 13e hussards; — Camson, au 21e d'infanterie; — Lemarchand, au 25e d'infanterie; — Jenny, au 1er chasseurs à cheval; — Montalti, au 149e d'infanterie; — Marlier, au 156e d'infanterie, — Bouffanneau, au 6e bataillon de chasseurs à pied; — Mennessier, au 3e d'artillerie; — Delmas, au 3e bataillon de chasseurs à pied; — Quilly, au 25e bataillon de chasseurs à pied; — Lang, au 146e d'infanterie — Jirou, au 5e hussards; — Rispal au 17e dragons, et Leymarie au 50e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 9 octobre 1896, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de deuxième classe Benoît, pour l'hôpital militaire de Marseille; — Linon, pour l'hôpital militaire de Toulouse; — Heuyer, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire d'Oran.

MM. les médecins-majors de première classe Rigal, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte du Mans; — Chevassu, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Rouen; — Douart, pour le 1er zouaves; — Lambert, pour le 16e d'artillerie; — Vuillemin, pour le 32e d'artillerie; — Pierron, pour le 21e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Vaugy, pour le 136e d'infanterie; — Petit, pour le 1er tirailleurs algériens; — Kaufmann, pour les hôpitaux militaires de la

division d'Alger; — Reboud, pour le 42e d'infanterie; — Lévy, pour le 9e bataillon d'artillerie à pied; — Prieur, pour le 89e d'infanterie; — Fabre, pour le 18e bataillon de chasseurs à pied; — Krantz, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Knoll, pour le 3e spahis; — Lalitte, pour le 8e bataillon d'artillerie à pied; — Alvernhe, pour les batteries alpines du 19e d'artillerie; — Cambours-Mouflet, pour le 2e zouaves; — Benoît, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Verdierre, pour le 136e d'infanterie, — Patte, pour l'emploi de surveillant à l'École du service de santé militaire de Lyon.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Rudler pour le 42e d'infanterie.

— Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie sera ouvert à l'École annexe de médecine navale de Toulon, le 26 octobre, en vue de pourvoir au remplacement de M. le médecin de deuxième classe Plat-Flottes, démissionnaire.

Protection des enfants du premier âge. — Par arrêté en date du 30 septembre 1896, M. le Préfet de police vient de nommer membre du Comité départemental de protection des enfants du 1er âge du département de la Seine, en remplacement de M. Rochard, décédé, M. Albert Josias, membre du Conseil d'hygiène du département de la Seine.

La mortalité à Paris. — La mortalité à Paris pendant les 40e et 41e semaines, est restée à peu près aussi satisfaisante que précédemment. La légère augmentation constatée pendant la dernière semaine est, sans doute attribuable à l'afflux considérable d'étrangers occasionné par les fêtes franco-russes. La statistique municipale a enregistré du 27 septembre au 3 octobre 716 décès, chiffre voisin du plus faible observé (698) et 784 du 4 au 10 octobre (*semaine franco-russe.*)

La moyenne des semaines de septembre et d'octobre étant respectivement 847 et 833.

Les affections épidémiques ont encore diminué; nous résumons dans le tableau ci-joint la situation au point de vue de ces affections pendant les semaines 39, 40 et 41.

MALADIES	39e semaine du 20 au 26 septembre	40e semaine du 27 sept. au 3 octobre	MOYENNE de Septembre	41e semaine du 4 au 10 octobre	MOYENNE d'Octobre
Fièvre typhoïde	9	2	12	6	11
Variole	—	1	2	—	2
Rougeole	8	3	8	—	4
Scarlatine	1	4	2	1	2
Coqueluche	2	8	5	5	5
Diphtérie	7	3	12	6	13
Totaux.	27	21	39	18	37

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé au-dessous de 1 an pendant ces deux dernières semaines 34 décès, chiffre bien inférieur aux moyennes de septembre et d'octobre (85 et 56); cette anormale rareté est certainement due à la fraîcheur inusitée de la température. De même la débilité congénitale a fait peu de victimes (19 et 17).

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont au contraire augmenté dans une notable proportion. Nous en résumerons la progression pendant ces trois semaines de la façon suivante :

	39e semaine du 20 au 26 septembre	40e semaine du 27 sept. au 3 octobre	MOYENNE de Septembre	14e semaine du 4 au 10 octobre	MOYENNE d'Octobre
Bronchite aiguë	3	6	8	6	11
— chroniq	15	11	19	13	25
Broncho-pneum	19	7	18	17	15
Pneumonie	9	15	23	28	30
Totaux.	46	39	68	64	81

Les autres affections des voies respiratoires ont subi même ascension (respectivement 23 et 45 décès dont 14 27 par congestion pulmonaire).

La phtisie pulmonaire a causé 179 et 181 décès, chiffr presque identiques aux moyennes. La méningite tuberc leuse, 15 et 21; la méningite simple, 22 et 12, les autr tuberculoses 17 et 19 restent à des chiffres voisins de normale; l'apoplexie, la paralysie et le ramollisseme cérébral, ont causé 55 et 61 décès; les affections organiqu du cœur, 50 et 53; le cancer 55 et 57. Enfin, 30 et 21 vieillar sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 17 et 20 suicides, 17 et 18 morts violentes (c chiffres n'accusent aucune augmentation sensible penda la dernière semaine).

On a célébré à Paris pendant ces deux semaines respe tivement 475 et 399 mariages.

On a enregistré la naissance de 1132 et 1044 enfan vivants, la mise en nourrice de 319 et 220 et la naissan de 84 et 87 morts-nés.

Nécrologie. — Le Dr Béranger de Niort, reçu 1878. — Le Dr Boyron, d'Amagne (Ardennes), reçu 1876. — Le Dr Voguet, de Tagnon (Ardennes), reçu en 187 voulant traverser la voie du chemin de fer au moment passage d'un train qui ramenait sa femme de voyage, a tamponné par la locomotive et affreusement broyé. — Dr Coze, professeur honoraire des facultés de médecine Strasbourg et de Nancy, associé national de l'académie médecine, décédé à Nancy à l'âge de 77 ans. — Le Champouillon, ancien médecin principal de l'armée, déc dé à Verzelise (Meurthe-et-Moselle) à l'âge de 70 ans — Dr Lhoste de Montfort-l'Amaury (Seine-et-Oise), reçu 1871. — Le Dr Chanpi (Charles) de Urgemain (Vosge décédé à l'âge de 58 ans. — Le Dr Lebreton, ancien dépu du Finistère, décédé à Pleysen, à l'âge de 89 ans. — Le Gey, reçu en 1862, conseiller général de l'Oise pour canton de Méru.

VIN AROUD (viande, quina et fer). — Régénérateur pu sant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde, Menstruatio douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhé**

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER 1 cuillerée à café au re

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.